Les réseaux de santé gériatriques

en région Nord-Pas-de-Calais : mode d'emploi

Expertise gériatrique
au domicile

Sorties d'hospitalisation complexes

Personnes âgées

Fragilité médicale

Travail en lien et en complémentarité
avec l'ensemble des professionnels



L'action des RSG est soutenue au titre du Fonds d'Intervention Régional.



Contexte Régional antérieur

- 7 réseaux géronto avec des disparités de moyens
- Une faible couverture régionale 30% de population
- Un regroupement des réseaux au sein du G2RS avec des rencontres régulières depuis 2005.
- Une volonté d'harmoniser les pratiques rendue impossible par la disparité des moyens et des compétences.
- Un travail régulier avec des propositions transmises annuellement à l'ARS notamment sur l'harmonisation des moyens.
- Une absence de référent médical géronto à l'ARS

Les réseaux gérontologiques de la région : présentation

Dénomination	Réseau Vie l'Age	Réseau Gérontologique du Ternois	Réseau de santé gérontologique de Sambre Avesnois	Réseau de santé gériatrique reper'âge	Réseau de Santé des 7 Vallées	RSG Lille-Hellemme-Lomme	Réseau Eollis
Ancienneté du projet	2005	1999	2009	2005	2003	2004	2000
Démarrage activité avec moyens dédiés	2006	2000	2009	2009	2005	2004	2004
Porteur juridique	Association viel'age	Association gérontologique du Ternois	Association gérontologique Sambre Avesnois	Centre Hospitalier de Valenciennes	Association Locale Hesdinoise dedéveloppement sanitaire (ALHDS)	Groupement hospitalier de l'institut catholique de Lille(GHICL)	Association EOLLIS
Secteur géographique couvert	Communauté d'agglomérations de Lens-Liévin 245.000 hab	Territoire du Ternois 60.703 hab	Territoire Sambre Avesnois + La Longueville 190.663 hab	Territoire du Hainaut Cambraisis 394.000 hab	C.de c communes de l'Hesdinois et canton de Fruges 23.000 hab	Lille Hellemmes Lomme 226.845 hab	4 cantons :Seclin nordsud ,cysoing, pont à marcq 139.178 hab
Nombre de communes	36	175	98	135	52	3	46
Nombre de personnes âgées*	47.500 +60 ans	14.073 +60 ans	30.176 + 60 ans	77.750 de + 60 ans	5.880 + 60 ans	30.254 + 60 ans	27 569 + 60 ans
	19.000 +75 ans	5735 + 75 ans	14.712 + 75 ans	30.828 de + 75 ans	2.440 +75 ans	11.722 +75 ans	9 164 + 75 ans
Personnel (ETP)	0,5 gériatre 2,5 infirmier 0,5 cadre adm 1 secrétaire	0,2 médecin 2,5 infirmier 0,5 a. sociale 0,3 ergo 0,5 cadre adm 0,5 cdre de santé 0,5 secrétaire	0,10 médecin 2 infirmier 0,2 ergo 0,1 diététicien 0,1 psychologue 0,5 cadre adm 1,25 secrétaire	1 médecin 1,8 infirmier 1 secrétaire 1 cadre adm	2 infirmier 1 cadre adm 0,5 secrétaire	1 gériatre 1,8 infirmier 0,20 psychologue 0,3 ergo 0,20 diét (àdispo) 1 secrétaire 0,2 cadre santé 0,1 cadre .adm	0,8 médecin 2 infirmiers 1 secrétaire 0,25 ergo 0,25 psycho 0,25 a.sociale 0,33 cadre santé 0,33 cadre adm
Projet Plateforme en cours	Clic/RspRsp	clic	non	non	non	Rsp/ MAIA	Clic Rsp Erc MAIA

Préambule



Le cadre de missions des réseaux de santé gérontologiques Nord-Pas-de-Calais évolue…

Suite à la baisse des crédits octroyés aux réseaux de santé intervenue en 2013, une large réflexion a été menée en région.

Suite au travail et à la demande des réseaux d'harmoniser les pratiques et les moyens.

*Cette réflexion a associé des représentants de l'ARS et les réseaux gérontologiques de la région (au nombre de 8 à ce jour) avec des rencontres intermédiaires de préparation dans le cadre du G2RS.

Préambule



Le nouveau cadre des missions, disponible sur le site de l'ARS Nord-Pas-de-Calais, vise notamment une **harmonisation des pratiques sur les territoires**, lesquelles seront confortées au travers des **CPOM**.

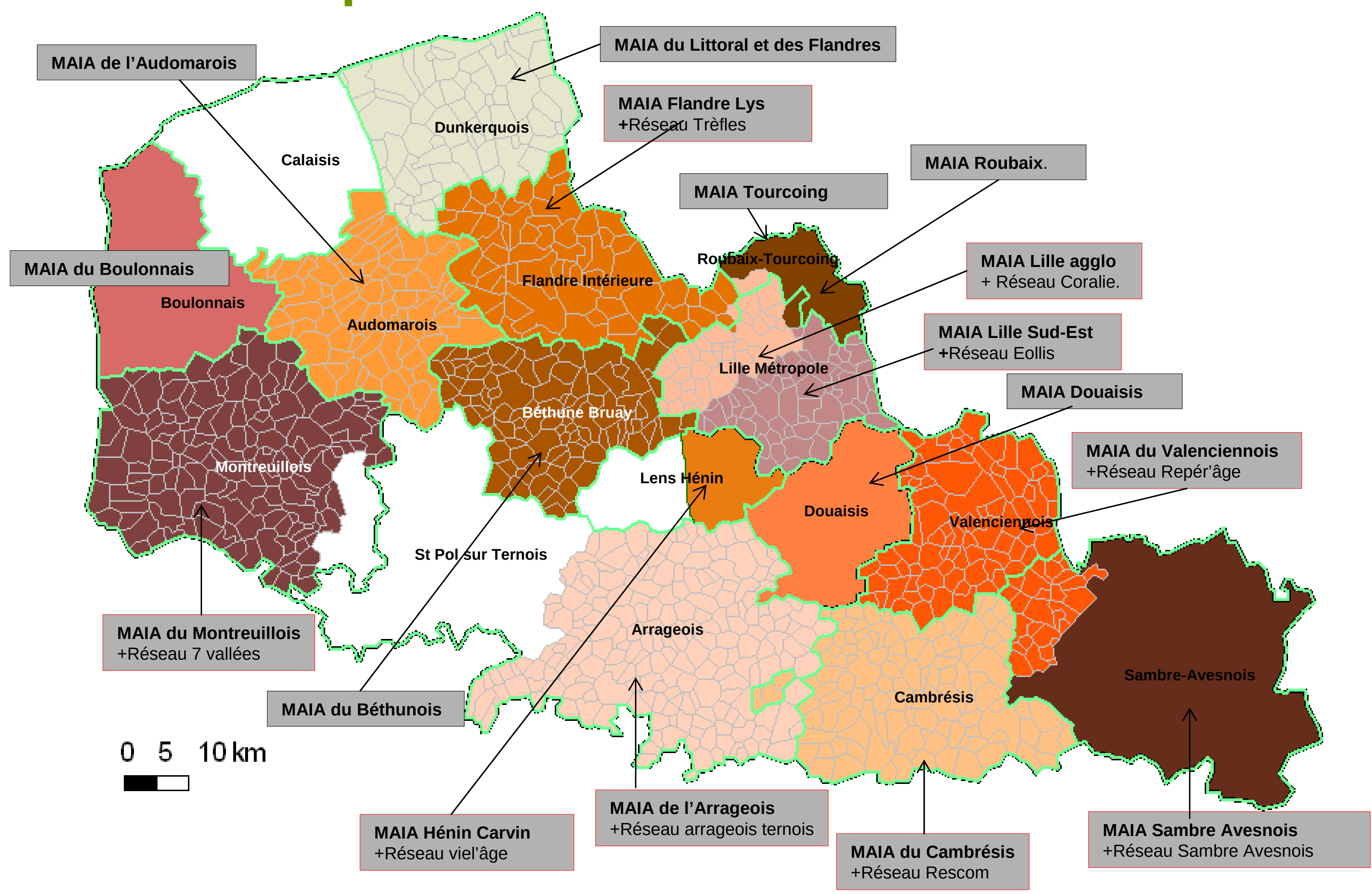
En 2014, le nouveau cahier des charges a amené les équipes à faire évoluer leurs pratiques et habitudes de travail en lien aussi avec l'harmonisation des moyens

L'évolution du contexte Régional

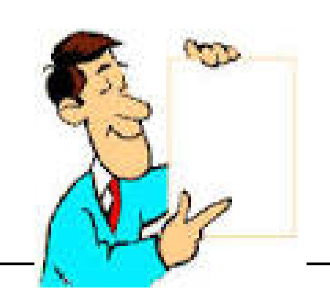
- 9 réseaux gériatriques de territoire
- Une couverture régionale de 60% de la population les réseaux les plus dotés ont augmenté leur territoire
- Un territoire réseau = un secteur MAIA
- La disparition des compétences transversales financées par l'ARS
- Une poursuite du travail collectif au sein du G2RS en lien avec l'ARS avec des documents validés avec les 2 sigles

- Une possibilité de faire évoluer le cadre de mission
- Une difficulté :le recrutement des médecins malgré une forte sollicitation des filières par l'ARS
- Une possibilité d'accueillir DESC ou Capacitaire en stage
- Une formation commune des IDE exigée par l'ARS(DUSG)
- Des indicateurs communs d'analyse d'activité

Déploiement des Réseaux lien MAIA



Les nouvelles exigences



Ces exigences concernent **tous** les RSG :

1- avoir un profil commun de patients

2- recentrer l'activité à domicile autour des patients :

- en sortie d'hospitalisation d'une part,
- nécessitant une expertise gériatrique d'autre part,

3- constituer ou réorganiser les équipes selon les directives données sur l'équipe cible

4- suivre 150 à 200 patients/an et par IDE

Les nouvelles exigences



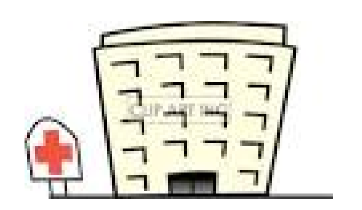

1- Avoir un profil identique de patients pour tous les réseaux de santé en gérontologie :

« Le réseau de santé gériatrique prend en charge prioritairement :

- une personne âgée de 75 ans et plus,
- avec une fragilité médicale, associée ou non à une fragilité psycho-sociale, la rendant à haut risque de dépendance physique et/ou psychique,
- vivant au domicile privé ».

Les 60-75 ans ne sont pas exclus du dispositif sous réserve de présenter une maladie d'Alzheimer ou apparentée, ou une polypathologie avec risque psycho-social.

Les nouvelles exigences



2a- Recentrer l’activité à domicile autour des patients en sortie d’hospitalisation :

L’idée : organiser la continuité de la prise en charge entre l’hôpital et la ville après une hospitalisation (attention : l’équipe du réseau ne se substitue pas à l’équipe hospitalière).



Les nouvelles exigences



Sortie d'hospitalisation / déroulement de la prise en charge par le réseau selon 3 cas de figure :

- patients n'ayant pas bénéficié d'une EGS à l'hôpital :
  - réaliser à domicile l'EGS et aider à la mise en place d'un PPS.

- patients ayant bénéficié d'une EGS totale ou partielle à l'hôpital :
  - réévaluer et ajuster à domicile les propositions de l'hôpital
  - s'assurer de la bonne coordination des intervenants
  - vérifier ou négocier les aides avec le patient et l'entourage.

- patients hospitalisés, déjà inclus dans le réseau :
  - le réseau sert d'intermédiaire entre le domicile et l'hôpital.
  - une visite de suivi à domicile lors de la sortie permettra d'ajuster le PPS et les aides.

EGS = Evaluation gériatrique standardisée   PPS = Plan Personnalisé de Santé

Les nouvelles exigences



2b- Recentrer l’activité à domicile autour des patients nécessitant une expertise gériatrique à domicile :

L’idée :

- dépister les pathologies gériatriques en collaboration avec le médecin traitant,
- établir un diagnostic des besoins de la personne,
- orienter si nécessaire vers la filière gériatrique de territoire.

Critères d'inclusion en sortie d'hospitalisation

Les pré-requis

- **personne âgée de plus de 75 ans** (demande recevable pour les 60-75 ans atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée ou d'une polypathologie avec risque psycho-social rendant le maintien à domicile précaire)

- **syndrome gériatrique** (chute, dénutrition, troubles cognitifs avec ou sans troubles comportementaux, incontinence, dépression, douleur)

- **signalement** par l'hôpital ou par le domicile dans les 10j de la sortie

Critères d'inclusion en sortie d'hospitalisation

Inclusion uniquement en présence du critère de fragilité médicale avec ou sans critère de fragilité sociale (indicatif)

Le critère de fragilité médicale est validé par 2 critères parmi :

- ❑ Troubles du comportement et/ou troubles cognitifs non diagnostiqués et/ou déni des troubles par l'entourage
- ❑ Perte d'autonomie par rapport à l'état antérieur nécessitant une réévaluation gériatrique au domicile
- ❑ Hospitalisations à répétition dans l'année (2 hospitalisations non programmées dans l'année précédente ou passages au SAU)
- ❑ Hospitalisation pour problématique liée aux médicaments
- ❑ Polypathologies avec pathologie à risque de décompensation en sortie d'hospitalisation (insuffisance cardiaque, pneumonie, décompensation de BPCO, syndrome coronaire aigu, pathologie néo-plasique...)
- ❑ A domicile : besoin d'un suivi et d'une réévaluation par le réseau des actions médicales initiales proposées par l'hôpital
- ❑ Rupture dans le parcours de soins (pas de suivi médical)
- ❑ Autres (à préciser)

Critères d'inclusion en expertise

Les pré-requis

• **+ 75 ans** : fragilité médicale associée ou non à une fragilité psycho-sociale la rendant à haut risque de dépendance physique et/ou psychique

ou

• **+ 60 ans** : polypathologie ou MAMA associée à un risque psycho-social rendant précaire le maintien à domicile et en particulier

• **score SEGA ≥ à 8**

Critères d'inclusion en expertise

**Présence de 3 critères
parmi les critères suivants :**

- ❑ Fragilité psycho-sociale
- ❑ Polypathologie et/ou 2 hospitalisations non programmées dans l'année
- ❑ Iatrogénie
- ❑ Dépendance dans les actes de la vie quotidienne
- ❑ Syndromes gériatriques
- ❑ Rupture dans le parcours de soins

En résumé :

Deux portes d'entrée, avec des objectifs bien spécifiques et des relais plus précoces

L'expertise gériatrique à domicile

- **Origine de la demande** : professionnels du 1er recours, dont les médecins traitants, dispositifs et équipes transversales oeuvrant à domicile
- **Objectifs :**
  - ☒ Sécuriser la vie à domicile
  - ☒ Eviter les hospitalisations et les passages par les urgences
- **Modalités de prise en charge** : consultation d'évaluation gériatrique, élaboration du PPS + si possible et si besoin réunion de synthèse, 1 suivi si besoin dans les 2 mois après la synthèse
- **Durée maximale de prise en charge** : environ 3 mois

Les sorties complexes d'hospitalisation

- **Origine de la demande** : professionnels hospitaliers (filière gériatrique et autres services)
- **Objectifs** :
  - ☒ Eviter la rupture de continuité des soins
  - ☒ Assurer un retour à domicile durable et de qualité
  - ☒ Prévenir les réhospitalisations évitables
- **Modalités de prise en charge** : consultation d'évaluation gériatrique, élaboration du PPS + si possible et si besoin réunion de synthèse, 1 à 2 suivis possibles si besoin
- **Durée maximale de prise en charge** : 6 mois

Les nouvelles exigences



3- Constituer ou réorganiser l'équipe selon les directives données sur l'équipe cible :

« (...) Une équipe cible a été définie. Pour 10 000 personnes âgées de 75 ans et +, cette équipe se composera de :
- 1 ETP IDE
- 0,3 ETP de médecin gériatre
- 0,5 ETP de secrétaire
+ 0,3 ETP de directeur/gestionnaire par structure. »

Intérêt pour le réseau d'avoir d'autres compétences ergo, psycho, diététicien, a.social mais pas de financement ARS.

Les nouvelles exigences



4- Suivre 150 à 200 patients* par an et par IDE :

Cette préconisation est issue du guide national de développement des réseaux de santé, élaboré sous l'égide de la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins).

5- Limiter le suivi, relai possible par CLIC et gestion de cas

Ce qui ne change pas



- le **lieu d'intervention** : domicile et foyer-logement

- la réunion des **conditions d'intervention** :
  - l'accord du médecin traitant quant à l'intervention du réseau est indispensable (sans celui-ci, elle ne peut avoir lieu),
  - de même que le consentement du patient ou de son représentant légal aux principes de la prise en charge en réseau.